

Ärztliche Bescheinigung



Versicherungsnummer

Schadensnummer (sofern bekannt)

A | Krankheit oder Unfall einer versicherten Person

Name des Patienten/der Patientin, Geburtsdatum

Anschrift des Patienten/der Patientin

Welche Krankheit bzw. Diagnosen führte zu der Reiseunfähigkeit? Bitte geben Sie unbedingt auch den ICD 10 Code an.

Seit wann ist Ihnen der Patient/die Patientin bekannt?

Wann wurden Sie erstmals wegen der Beschwerden, die zu der Diagnose führten, aufgesucht?

Wann wurde die Diagnose gestellt?

Bestand bei erster Behandlung uneingeschränkte Reisefähigkeit? ja nein

War bis Reiseantritt mit einer vollständigen Genesung zu rechnen? ja nein

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Ab wann war nach Ihrer Beurteilung die Reise nicht mehr durchführbar?

Bestand für den Patienten/die Patientin Arbeitsunfähigkeit? Wenn nein, bitte eine Begründung angeben. Wenn ja, legen Sie bitte eine vom Arbeitgeber gestempelte Kopie der AU bei.

ja, von ... bis

nein, da

Wurde der Patient an einen Facharzt/Fachärztin überwiesen? Wenn ja, bitte Name und Anschrift angeben.

ja, Überweisung an

nein

Wurde der Patient/die Patientin stationär behandelt? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie des Entlassberichts bei.

ja (Kopie des Entlassberichts liegt bei)

nein

Welche Therapien / Medikationen wurden verordnet?

Fanden weiteren Behandlungen statt? Bitte geben Sie die entsprechenden Daten an.

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die mit der o.g. Diagnose in Zusammenhang stehen? Falls ja, machen Sie hierzu bitte genaue Angaben (ICD, Behandlungen, etc.).

ja, (ICD, Behandlung, etc.)

nein

Datum des letzten Schubs

Hat sich eine bestehende Erkrankung verschlechtert? 	<input type="checkbox"/> ja, die Verschlechterung äußerte sich durch
	<input type="checkbox"/> nein

B Krankheit oder Unfall einer nicht versicherten Person / eines Angehörigen	
Name des Patienten/der Patientin, Geburtsdatum 	Anschrift des Patienten/der Patientin
Welche Krankheit bzw. Diagnose(n) führte zum Reiserücktritt bzw. Reiseabbruch? Bitte geben Sie unbedingt auch den ICD 10 Code an. 	
Wurde der Patient/die Patientin stationär behandelt? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie des Entlassberichts bei.	<input type="checkbox"/> ja (Kopie des Entlassberichts liegt bei) <input type="checkbox"/> nein
Hat sich eine bestehende Erkrankung verschlechtert? 	<input type="checkbox"/> ja, die Verschlechterung äußerte sich durch
	<input type="checkbox"/> nein
Ab wann war die Anwesenheit der Angehörigen hinsichtlich des gesundheitlichen Zustands des Patienten/der Patientin notwendig?	

C Schwangerschaft einer versicherten Person		
Name der Patientin, Geburtsdatum 	Anschrift der Patientin 	
Wann wurde die Schwangerschaft ärztlich festgestellt? 	Wann hatte die Patientin die letzte Periode? 	Geben Sie bitte den errechneten Entbindungstermin an?
Aus welchem Grund raten Sie von der Reise ab? 	Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war? 	

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des Arztes / der Ärztin

D | Erklärungen der versicherten Person

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Bayerische Beamten Versicherung AG.

Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG die im Rahmen dieses Leistungsfalls mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Weitergabe der Gesundheitsdaten und nach §203 StGB geschützter Daten außerhalb der Bayerische Beamten Versicherung AG.

Die Bayerische Beamten Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit. Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Bayerische Beamten Versicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Bayerische Beamten Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Bayerische Beamten Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen).

Die Bayerische Beamten Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der TravelProtect GmbH. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Bayerische Beamten Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Bayerische Beamten Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Bayerische Beamten Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Bayerische Beamten Versicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Bayerische Beamten Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Bayerischen Beamten Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung eines Leistungsfalls.

Ich willige ein, dass die Kommunikation über die unten genannte E-Mailadresse per unverschlüsselter E-Mail bei der Prüfung und Regulierung meines Leistungsfalls erfolgt. Mir ist bekannt, dass beim E-Mailversand unter Umständen unbefugte Dritte im Inhalt Kenntnis nehmen können. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich die Einwilligung jederzeit unter schaden@travelprotect.de oder 0931 – 30 42 98 04 widerrufen. Bitte verwenden Sie folgende E-Mailadresse.

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfall es persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallverursacher, Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Vermittler sowie Reedereien übermittelt werden können. Um die Geltendmachung eines Regressanspruches handelt es sich z. B. wenn die Bayerische Beamten Versicherung AG Behandlungskosten erstattet und diese Kosten teilweise bei einem Privatversicherer, bei dem der Versicherungsnehmer ebenfalls versichert ist, geltend macht. Um die Abwehr eines Regressanspruches handelt es sich, wenn ein anderer Privatversicherer im umgekehrten Fall Kosten bei der Bayerische Beamten Versicherung AG geltend macht.

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Mir ist bekannt, dass es zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann, wenn ich die genannten Erklärungen nicht abgebe.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin